



Seguros Caracas

RIF. J-00038923-3

PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD LOCAL

Anexo de Cobertura de Servicios de Atención Oftalmológicos

El presente Anexo forma parte integrante de la **Póliza de Seguro de Salud Local** Nro. _____, contratada por: _____, y emitida a nombre de: _____.

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL ANEXO

Mediante la emisión del presente Anexo, El Asegurador conviene y se obliga a prestarle a su costo, por sus propios medios y por la exclusiva cuenta de éste, a las personas que contraten la presente cobertura, en lo sucesivo denominados indistintamente Los Asegurados o El Asegurado, el servicio de atención oftalmológica mediante personal profesional debidamente especializado, con las limitaciones y restricciones contenidas en este Anexo. Adicionalmente, El Asegurador pone a disposición de Los Asegurados un sistema coordinado de proveedores de atención oftalmológica, cuya información estará disponible en la página de éste. Por otra parte, El Asegurador conviene el reembolso de Monturas y/o Cristales en que pudieren incurrir Los Asegurados de acuerdo con lo establecido en la **CLÁUSULA 3: COBERTURAS** y la **CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS** del presente Anexo y durante su vigencia debidamente indicada en el Cuadro Póliza Recibo, sujeto a los términos y condiciones que se indican seguidamente.

A su vez, El Tomador se compromete a pagar la prima correspondiente contra la entrega del presente Anexo, del Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con el presente Anexo, queda expresamente convenido que se entiende por:

- 1. AÑO COBERTURA:** período de doce (12) meses continuos durante el cual El Asegurador brinda cobertura a El Asegurado conforme a las condiciones establecidas en este Anexo. Este período puede coincidir o no con el Año Póliza, dependiendo de la fecha en que entre en vigencia la cobertura específica contratada por El Asegurado.
- 2. AÑO PÓLIZA:** período de doce (12) meses continuos contado a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en el Cuadro Póliza Recibo y cada lapso consecutivo de igual duración que se compute mientras la póliza permanezca en vigor, salvo que se estipule explícitamente un período diferente en las Condiciones Particulares.
- 3. CONSULTA DIAGNÓSTICA:** Es donde el Oftalmólogo obtiene la información clara, precisa, detallada y ordenada de los signos y síntomas que presenta El Asegurado. Comprende la realización de la Historia Clínica, lo cual incluye el interrogatorio respectivo



Al Asegurado, a fin de obtener la información necesaria para el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

4. EXAMEN CLÍNICO: Procedimiento médico-oftalmológico mediante el cual el profesional de la Oftalmología podrá obtener la información necesaria para el diagnóstico y plan de tratamiento, en caso de que se requiera. El Examen Clínico comprenderá los estudios que a continuación se describen:

4.1. ESTUDIOS DE LA AGUDEZA VISUAL: Es una prueba que se utiliza para determinar las letras más pequeñas que una persona puede leer en una tabla o tarjeta estandarizada sostenida a una distancia de 6 m y 30 cm.

4.2. BALANCE DE LOS MOVIMIENTOS OCULARES: Permiten diagnosticar patologías como el estrabismo, nistagmus, entre otras.

4.3. DISCRIMINACIÓN DE COLORES: Es un método para determinar la discriminación de colores básicamente para el rojo y verde, descarta alteraciones hereditarias, retíales y maculares básicamente.

4.4. TOMA DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR: Consiste en tomar con el Tonómetro de elección la Presión Intraocular de cada ojo. Se utiliza los tonómetros Tonopen, Perkins, Aire, o cualquier otro. Es expresada en milímetros de Mercurio (mmHg).

4.5. GONIOSCOPIA: Es un método diagnóstico que sirve para valorar la profundidad y forma del ángulo de la cámara anterior con ayuda de la lámpara de hendidura y lentes accesorios especiales (goniolentes).

4.6. FONDO DE OJO: Consiste en examinar con un oftalmoscopio la retina, especialmente los vasos sanguíneos, la entrada del nervio óptico, la periferia, área macular y alteraciones mismas que pueden encontrarse en la retina (pigmentaciones, exudados, sangramientos).

4.7. REFRACCIÓN PRE Y POST CICLOPLEJÍA:

4.7.1. REFRACCIÓN OCULAR: Es la refracción de la luz por los medios del ojo normal, de la que resulta la convergencia de los rayos en la retina.

4.7.2. LA CICLOPLEJÍA: Es la parálisis del músculo ciliar y consecutivamente de la acomodación en el ojo, inducida por algunos fármacos oftálmicos para facilitar la exploración del ojo.

4.7.3. REFRACCIÓN PRE CICLOPLÉJICA: La cual determina si El Asegurado necesita o no de algún tipo de correctivo para mejorar su agudeza visual o lograr ver, según el total de su potencial visual con algún tipo de correctivos. En personas jóvenes es obligatorio completarlo con una Refracción Post Ciclopléjica.

4.7.4. REFRACCIÓN POST CICLOPLÉJICA: Permite medir con precisión el error refractivo del ojo sin la influencia de la capacidad del ojo para enfocar, después

de administrar fármacos ciclopléjicos, las cuales paralizan temporalmente el músculo ciliar del ojo.

- 4.8. URGENCIA OFTALMOLÓGICA:** Se entiende por Urgencia oftalmológica cualquier ocasión inesperada que amerita consulta oftalmológica paliativa o urgente y que origine servicios amparados por esta cobertura para la evaluación de síntomas como irritación, ardor, lagrimeo o enrojecimiento ocular la cual será atendida mediante una Consulta Diagnóstica. Tal Consulta Diagnóstica podrá ser: Diurna (atendida de manera ambulatoria en el consultorio del médico oftalmólogo dentro del horario de trabajo fijado por el respectivo profesional) o Nocturna (atendida vía telefónica por un médico oftalmólogo).
- 4.9. VICIOS DE REFRACCIÓN:** es la consecuencia de una relación inarmónica entre los elementos ópticos córnea y cristalino y el largo axial de ojo (diámetro anteroposterior), o una falta de acomodación. Se denomina ametropía a los vicios de refracción que pueden corregirse con lentes correctores y corresponden a hipermetropía, miopía, astigmatismo y presbicia).
- 5. CENTROS OFTALMOLÓGICOS:** Cualquier Clínica, Centro de Salud, Consultorio o Grupo dedicado a la prestación de servicios médicos Oftalmológicos de carácter privado, legalmente establecido y autorizado por las autoridades competentes para prestar servicio de atención médica oftalmológica.
- 6. MEDIOS DE INFORMACIÓN ELECTRONICOS:** cualquier tipo de plataforma o herramienta digital que permite la transmisión, almacenamiento y acceso a información de manera electrónica. Esto incluye, pero no se limita a, correos electrónicos, sitios web, aplicaciones móviles, mensajería móvil y Central de Alarma Telefónica.
- 7. PLAN DE TRATAMIENTO:** Se refiere al conjunto de procedimientos médico-oftalmológicos previstos en la **CLÁUSULA 3: COBERTURAS** del presente Anexo, que deban ser practicados a El Asegurado que solicita los servicios oftalmológicos.
- 8. SISTEMA COORDINADO DE PROVEEDORES:** Proveedores de Servicios Oftalmológicos con los cuales El Asegurador ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto del presente Anexo.
- 9. COSTOS RAZONABLES:** es el promedio calculado por El Asegurador de los gastos oftalmológicos realizados en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido El Asegurado, los cuales correspondan a un tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que, de acuerdo con las condiciones de este Anexo, se encuentran cubiertos. Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga El Asegurador, de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que El Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el gasto razonable será el monto facturado. No obstante, si El Asegurador hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo.

De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud. Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales o equipo médicos.

CLÁUSULA 3: COBERTURAS

El presente Anexo ampara los gastos derivados de los tratamientos o servicios oftalmológicos recibidos por El Asegurado dentro de la República Bolivariana de Venezuela, ya sea a través del Sistema Coordinado de Proveedores o por centros, clínicas u oftalmólogos fuera de dicha Red. Cuando los servicios se presten mediante el Sistema Coordinado de Proveedores, El Asegurado no incurrirá en gastos asociados a los tratamientos o servicios cubiertos por este Anexo, con excepción de aquellos expresamente indicados en la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS del presente Anexo. Si los servicios se reciben fuera del Sistema Coordinado de Proveedores, la indemnización se efectuará vía reembolso hasta el Costo Razonable definido en este Anexo, conforme a los procedimientos, límites y exclusiones establecidos en la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS del presente Anexo. En todos los casos, la cobertura estará sujeta a los términos, condiciones, límites y exclusiones detallados en este Anexo.

Las coberturas se detallan a continuación:

1. Diagnóstico (examen e historia clínica) una por año póliza.
2. Estudio de la agudeza visual.
3. Refracción pre y post cicloplejía.
4. Toma de tensión intraocular.
5. Balance de los movimientos oculares.
6. Discriminación de colores.
7. Biomicroscopía: lámpara de hendidura para estudiar córnea, conjuntiva, cámara anterior, pupila y cristalino.
8. Gonioscopía.
9. Fondo de ojo.
10. Urgencia oftalmológica (según se define en la cláusula 2: definiciones del presente Anexo).
11. Adquisición de montura y/o lentes correctivos de vicios de refracción (según lo establecido en la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS del presente Anexo).

CLÁUSULA 4: EXCLUSIONES

El Asegurador no proveerá los servicios oftalmológicos descritos en este Anexo o reembolsará los gastos incurridos por el Asegurado, cuando los mismos sean como consecuencia de:

1. Tratamientos y/o servicios no contemplados específicamente en el CLÁUSULA 3: COBERTURAS del presente Anexo.

2. Anestesia general o sedación.
3. Cirugías Láser o de cualquier otro tipo.
4. Estudios Histopatológicos o biopsias, radioterapia y/o quimioterapia.
5. Procedimientos quirúrgicos, prótesis y/o restauraciones, y sus materiales.
6. Cualquier tipo de medicamento utilizado en la consulta y/o tratamiento ambulatorio, tanto en patologías de fase aguda, crónica o en casos de prevención.
7. Costos por monturas o lentes en exceso del monto máximo amparado anual establecido para este concepto en el plan de beneficios disponible para su consulta a través de los Medios de Información Electrónicos.
8. Monturas y/o lentes de protección solar.
9. Procedimientos y/o servicios oftalmológicos recibidos fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.
10. Terapia de rehabilitación visual.
11. Exámenes de laboratorio, paraclínicos y/o medicamentos.
12. Lentes no formulados o de descanso.
13. Exámenes complementarios tales como: campo visual, OCT, paquimetría, etc.

CLÁUSULA 5: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los tratamientos y servicios amparados, descritos en la **CLÁUSULA 3: COBERTURAS** del presente Anexo, serán prestados de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. El Asegurado podrá recibir los tratamientos y servicios a través de proveedores de servicios oftalmológicos pertenecientes al Sistema Coordinado de Proveedores de Atención establecido en Venezuela.
2. Las urgencias nocturnas serán orientadas telefónicamente, procediendo El Asegurador en caso de ser necesario a coordinar una atención en el Sistema Coordinado de Proveedores de Atención para el siguiente día hábil o fecha disponible más próxima.
3. Para utilizar los servicios amparados por este Anexo, El Asegurado deberá seguir alguno de los canales que se indican a continuación:
 - 3.1. Vía Telefónica:
 - 3.1.1. Comuníquese al número de atención telefónica (0800-7348227).
 - 3.1.2. Indique: número de póliza, cédula de identidad y tipo de servicio requerido.
 - 3.1.3. El operador confirmará la elegibilidad y propondrá los proveedores disponibles en la zona de residencia de El Asegurado.
 - 3.1.4. Seleccione la fecha y la hora convenientes; en un lapso máximo de 48 horas hábiles recibirá un mensaje de texto (SMS) con los datos completos de la cita.

3.1.5. Urgencias: la misma línea opera 24 horas, 7 días a la semana. Las emergencias nocturnas se orientan telefónicamente y se atienden presencialmente a primera hora del día siguiente.

3.2. Vía Web:

3.2.1. Ingrese a www.seguroscaracas.com y diríjase a la sección «Servicio En Línea».

3.2.2. Haga clic en «Proveedores de Salud de Seguros Caracas» y seleccione «Red de Oftalmólogos».

3.2.3. Seleccione Estado, Ciudad y Municipio; el sistema mostrará los proveedores disponibles; elija el de su conveniencia y pulse clic en «Crear Cita».

3.2.4. Complete el formulario electrónico con:

- Número de cédula y de póliza.
- Horarios de preferencia.
- Edad, Número de Teléfono e Email de El Asegurado.
- Tipo de servicio requerido y motivo de la consulta.

3.2.5. Recibirá un correo electrónico y un SMS de confirmación dentro de las siguientes 24 horas hábiles.

3.3. Documentos a Presentar el Día de la Cita:

- Cédula de identidad vigente de El Asegurado (y del Asegurado Titular, si aplica).
- Copia digital o impresa del cupón de elegibilidad emitido por el sistema o enviado por SMS/correo.

3.4. Reprogramaciones y Cancelaciones:

- Si no puede asistir, notifique al proveedor con al menos 4 horas de antelación llamando al número indicado en el SMS.

4. El servicio de atención oftalmológica debe ser prestado por profesionales de la salud egresados de universidades reconocidas, debidamente certificados y autorizados para ejercer por el órgano competente en el área de la salud.

CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS

El Asegurado podrá tramitar reembolsos asociados con: hasta 1 montura y cristales por año póliza hasta el límite de responsabilidad establecido en el plan de beneficios disponible para su consulta a través de los Medios de Información Electrónicos, siempre que dicha adquisición sea avalada por una evaluación previa realizada por uno de los Oftalmólogos del Sistema Coordinado de Proveedores.

En aquellos casos en que El Asegurado decida recibir los servicios profesionales previstos en la **CLÁUSULA 3: COBERTURAS** del presente Anexo en centros, clínicas o con profesionales que no pertenezcan al Sistema Coordinado de Proveedores de atención, El Asegurado le deberá reembolsar directamente Al Asegurado, el costo razonable de los gastos en que haya incurrido por la prestación del servicio oftalmológico, según lo definido en la **CLÁUSULA 2: DEFINICIONES** del presente Anexo.

A los fines de la tramitación del reembolso, El Asegurado deberá notificar y presentar dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la realización del tratamiento: copia de la factura

original emitida por la óptica y/o oftalmólogo correspondiente, informe oftalmológico y/o fórmula firmada y sellada por el especialista.

El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad. La solicitud deberá efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior. En este caso se establece un plazo de treinta (30) días continuos, para la presentación de los recaudos solicitados por El Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de estos.

El Asegurado tiene derecho a recibir la indemnización que le corresponda en un lapso que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contando a partir de la fecha en que se haya entregado el último recaudo.

CLÁUSULA 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

1. Debe asistir por lo menos con treinta (30) minutos de antelación a la cita programada.
2. De no poder asistir a la cita, El Asegurado deberá notificarlo a la unidad o consultorio al menos con cuatro (4) horas de anticipación.
3. En caso de tener problemas en el proceso de solicitud de la cita, por favor comunicarse (0800-7348227) para verificar y dar respuesta al requerimiento.
4. El Asegurado está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el oftalmólogo para realizar los tratamientos amparados en la **CLÁUSULA 3: COBERTURAS**, de este Anexo.
5. Para optar por el reembolso en caso de servicio de Cristales y/o Monturas o por libre escogencia de profesional, el servicio de atención optométrica y/u oftalmológica debe ser prestado por profesionales debidamente certificados y autorizados para ejercer por el órgano competente en el área de la salud.

CLÁUSULA 8: PLAZO PARA RECLAMACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos o indemnizaciones vía reembolso deberá ser realizada por El Asegurado a El Asegurador, por escrito y dentro de un plazo no mayor de sesenta (60) días continuos, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación, salvo por causa extraña no imputable a El Asegurado que le impidan efectuar la reclamación en el plazo indicado. Lo anterior aplica incluso para servicios fuera de la Red de Proveedores, donde la reclamación se limitará exclusivamente a los plazos de procesamiento del reembolso. El Asegurador resolverá la inconformidad por escrito en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles. De persistir el desacuerdo, El Asegurado podrá ejercer las acciones correspondientes en los lapsos establecidos en la cláusula de Caducidad de la Póliza asociada a este Anexo.

CLÁUSULA 9: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Queda entendido que El Asegurador no asumirá responsabilidad alguna por:

1. Cobros realizados por centros o profesionales de la salud diferentes a los del Sistema Coordinado de Proveedores de Atención, tanto por servicios no amparados de conformidad con la CLÁUSULA 3: COBERTURAS del presente Anexo, como por servicios amparados pero prestados fuera de dicho Sistema. En este último supuesto, el Asegurador reembolsará directamente al Asegurado los importes pagados, de acuerdo con lo establecido en la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS, del presente Anexo.
2. Complicaciones y secuelas generadas, así como, los gastos adicionales que se llegaran a ocasionar, cuando El Asegurado abandone el tratamiento por más de treinta (30) días consecutivos a la última cita asistida para la continuidad del tratamiento oftalmológico iniciado.
3. Cuando El Asegurado no notifique el Siniestro o no entregue los documentos solicitados por El Asegurador dentro de los plazos establecidos en la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS, del presente Anexo, salvo por causa extraña no imputable a El Tomador, a El Asegurado o a El Beneficiario.

CLÁUSULA 10: APLICACIÓN DE CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA

El presente Anexo, salvo lo dispuesto especialmente en su propio texto, se rige en todos sus efectos por las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza a la cual se adhiere y si surgieren contradicciones entre los textos prevalecerán las condiciones de este Anexo.

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Por El Asegurador

El Tomador

SEGUROS CARACAS, C.A. RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el N° ES-13. **“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° SAA-09-0472-2026, de fecha 6 de Abril de 2026”.**

